Послеродовое кровотечение

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O67, O72 · Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов, ООО "Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (ААР)"

Послеродовое кровотечение — кровопотеря после естественных родов или оперативного родоразрешения путем кесарева сечения, а также любой клинически значимый объем кровопотери с гемодинамической нестабильностью в течение 42 дней после рождения плода.

Главное

- Кровотечение считают послеродовым при кровопотере ≥500 мл после естественных родов, ≥1000 мл после кесарева сечения либо при любом объёме, вызывающем гемодинамическую нестабильность; период наблюдения — до 42 дней после родов.
- В первые 24 часа кровотечение относят к раннему, позже 24 часов и до 6 недель — к позднему. Основные причины: атония матки, травмы родовых путей, остатки плаценты и нарушения гемостаза.
- Визуальная оценка кровопотери может занижать её примерно на 30%; предпочтительны сбор крови в градуированные ёмкости и взвешивание пропитанных материалов (УУР В, УДД 2).
- Шоковый индекс рассчитывают как отношение ЧСС к систолическому АД: после родов обычно 0,7–0,9, а значение >1,0 при массивном кровотечении может использоваться для оценки кровопотери и прогноза потребности в трансфузии (УУР С, УДД 4).
- С первых минут нужна мультидисциплинарная бригада, одновременное выяснение причины, оценка дефицита ОЦК и готовность развернуть операционную (УУР С, УДД 5).
- Утеротоническую терапию начинают с окситоцина; при отсутствии эффекта вводят мизопростол 800 мкг, а при отсутствии эффекта от утеротонической терапии при гипотонии матки устанавливают внутриматочный баллон. Транексамовую кислоту включают в комплексную терапию; при кровопотере до 1000 мл вводят 15 мг/кг, в среднем 1000 мг, внутривенно в течение 10 минут.

Диагностика

1. На антенатальном этапе собрать акушерско-гинекологический анамнез: операции на матке, перенесённое послеродовое кровотечение, многоплодие, миома, нарушения гемостаза и приём антикоагулянтов; стратифицировать риск (УУР А, УДД 2).
2. Оценить общее состояние: ЧСС, АД, частоту дыхания, сознание, цвет кожи, диурез, высоту дна и тонус матки, болезненность и характер выделений.
3. Определить источник кровотечения: осмотреть наружные половые органы, шейку матки в зеркалах и выполнить ручное обследование матки (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить общий анализ крови с гемоглобином, эритроцитами, тромбоцитами и гематокритом при установлении диагноза, продолжающемся кровотечении, а также на 1-е и 3-и сутки; при массивной кровопотере исследования проводят чаще (УУР С, УДД 5).
5. Для выявления коагулопатии определить ПТВ, МНО, АЧТВ и фибриноген; при продолжающемся кровотечении повторять показатели не реже одного раза в 30 минут и при изменении состояния. При наличии возможности использовать ТЭГ или РОТЭМ (УУР А, УДД 1).
6. Для поиска причины выполнить комплексное УЗИ малого таза — трансвагинальное и трансабдоминальное — с оценкой состояния полости матки и наличия свободной жидкости в брюшной полости (УУР А, УДД 2).

Лечение

- Немедленно вызвать акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, акушерку, медицинскую сестру-анестезиста, врача-трансфузиолога и врача-лаборанта; при массивном кровотечении — развернуть операционную и вызвать врача, владеющего техникой перевязки сосудов и гистерэктомии (УУР С, УДД 5).
- Обеспечить две периферические вены катетерами не более 16G (12G, 14G или 16G), уложить пациентку горизонтально с поднятым ножным концом, согревать её и растворы. Центральный доступ нужен, если две периферические вены катетерами большого диаметра установить невозможно (УУР С, УДД 5).

- Первая линия: катетеризировать мочевой пузырь и выполнить наружный массаж матки; при кровотечении — ручное обследование матки с однократным удалением сгустков и остатков плацентарной ткани, массаж и/или бимануальную компрессию, ушивание разрывов родовых путей (УУР С, УДД 5).
- Начать утеротоническую терапию окситоцином (УУР А, УДД 1). Если эффекта нет, ввести мизопростол 800 мкг (УУР А, УДД 1); в РФ это показание не зарегистрировано, поэтому при жизнеугрожающем кровотечении препарат применяют после решения врачебной комиссии.
- При отсутствии эффекта от утеротонической терапии установить внутриматочный баллон — вмешательство первой линии для большинства пациенток, у которых гипотония является основной причиной кровотечения (УУР В, УДД 2). В большинстве наблюдений достаточно 350–400 мл тёплого стерильного 0,9% раствора натрия хлорида; при недостаточном эффекте резервуар поднимают ещё на 10–15 см.
- Инфузию начать без промедления сбалансированными кристаллоидами; при сохраняющейся артериальной гипотонии продолжить инфузионную терапию кристаллоидами или коллоидами до 30 мл/кг, при массивной кровопотере объём инфузионно-трансфузионной терапии ориентировочно соотносят с кровопотерей как 1:1. Растворы согревать до 35–40 °C (УУР А, УДД 2 для согревания растворов).
- Транексамовую кислоту вводят внутривенно 15 мг/кг, в среднем 1000 мг, за 10 минут; при продолжающемся кровотечении дозу можно увеличить до 4000 мг, повторить введение — через 8 часов. Эффективность этамзилата и кальция хлорида как гемостатиков не доказана (УУР А, УДД 1).
- При фибриногене < 2 г/л начать криопреципитат — 1 доза на 5 кг массы тела; целевой фибриноген — ≥2 г/л. При продолжающемся кровотечении и ПТВ/АЧТВ более чем в 1,5 раза выше нормы переливать СЗП; при коагулопатии или массивной кровопотере доза СЗП составляет 15–20 мл/кг.

Когда направить и как наблюдать

- Беременных с выявленными факторами риска следует маршрутизировать в акушерские стационары II или III уровня в соответствии с листами маршрутизации и приказом №1130н.
- Если после естественных родов кровопотеря достигла 1000 мл и продолжается либо появились признаки шока, начать быструю инфузию кристаллоидов и немедленно доставить пациентку в операционную.
- При массивной кровопотере более 25–30% ОЦК решение о хирургическом вмешательстве принять не позднее 20 минут после диагностики.
- Провести хирургический гемостаз, если предшествующие меры по остановке кровотечения оказались неэффективны; при неконтролируемом кровотечении — выполнить тотальную лапаротомическую гистерэктомию.

Частые вопросы

Какой объём крови считать послеродовым кровотечением?

Порог составляет ≥500 мл после естественных родов и ≥1000 мл после кесарева сечения. Независимо от объёма диагноз возможен при клинически значимой кровопотере с гемодинамической нестабильностью в течение 42 дней после родов.

Как быстро отличить атонию, травму, остатки плаценты и коагулопатию?

При атонии матка мягкая, плохо сокращается, её дно может быть выше пупка. Разрывы видны при осмотре родовых путей, нарушение целостности или недостаток частей плаценты указывают на остатки плацентарной ткани, а при коагулопатии кровь не сворачивается или образует рыхлый сгусток; время свёртывания по модификации Ли—Уайта более 7 минут подозрительно на коагулопатию.

Что делать в первые минуты кровотечения?

Одновременно вызвать мультидисциплинарную бригаду, установить два широких периферических венозных доступа, катетеризировать мочевой пузырь, начать массаж матки, оценить источник кровотечения и начать инфузию сбалансированных кристаллоидов. Утеротоническую терапию начинают с окситоцина.

Какая доза транексамовой кислоты используется при послеродовом кровотечении?

При кровопотере до 1000 мл вводят 15 мг/кг внутривенно за 10 минут, в среднем 1000 мг. При продолжающемся кровотечении дозу можно увеличить до 4000 мг, повторное введение возможно через 8 часов.

Когда нужны гемотрансфузия и криопреципитат?

При продолжающемся кровотечении абсолютное показание к переливанию эритроцитсодержащих компонентов — гемоглобин ‹ 70 г/л; при гемоглобине ›70 г/л учитывают признаки гемической гипоксии. При фибриногене ‹ 2 г/л начинают криопреципитат из расчёта 1 доза на 5 кг массы тела.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/119-poslerodovoe-krovotechenie. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/119_3